

ドイツ医療保険改革にみる「連帯下の競争」のゆくえ —公的医療保険における保険者選択制とリスク選択—

田中 耕太郎*

要 約

ドイツでは93年の医療保険構造改革法により、公的医療保険の世界に初めて「連帯下の競争」という基本理念が持ち込まれ、被保険者による全面的な保険者選択制とリスク構造調整制度が導入された。この仕組みは当初は順調に機能し、疾病金庫間の著しい保険料率の格差の縮小や、疾病金庫の劇的な統合再編等、大きな成果をもたらした。

しかし、その後、連帯下の競争のアキレス腱とされるリスク選択の問題が顕在化し、健康なローリスク者をめぐるリスク選択と被保険者の移動が激化した。このため、連邦政府は、2001年に法改正を行い、2007年初からの有病率リスク指標の導入と、リスク・プールや疾病管理プログラムの導入を行った。その後、2004年には新たなリスク指標モデルに関する専門家グループの鑑定意見書が提出された。他方で、この2～3年間、これまでリスク選択により被保険者を獲得して急成長を遂げてきた小規模な新規の企業疾病金庫が、財務内容を急速に悪化させて負債を抱え、保険料率を引き上げるものが続き、リスク指標の改革を求める数年前の熱気は冷めてきている。

近年の連帯下の競争の推進は、疾病金庫間の地殻変動にとどまらず、代替的な民間医療保険の競争上の不公平という問題を改めて突きつけている。職員代替金庫がリスク構造調整によって多額の拠出金を負担することとなった結果、その保険料率を引き上げざるを得なくなって民間医療保険に対する競争力を失い、公的医療保険から民間医療保険への被保険者の流出が続いている。このため、高齢期になって民間医療保険から公的医療保険に移動する逆選択を厳しく制限するとともに、民間医療保険に対して高齢期の加入者への保障のためにスタンダード・タリフ（標準約款）の提供を義務づけるなど、規制が強化されてきており、公的・民間の両領域の収斂化現象が起きてきている。

このように連帯下の競争政策は、長い間微妙なバランスの上に成り立ってきたドイツの公的・民間それぞれの医療保険に対して、その内部および相互の競合のあり方にまで及ぶ、制度の基本枠組みの妥当性と持続可能性に動揺をもたらした。このため、社会民主党と緑の党は、すべての国民を強制加入させる「国民保険」案を提案し、他方で、キリスト教民主/社会同盟は、内部に強い異論を抱えつつも、公的医療保険から所得再分配機能を除去して税の機能に移し、公的医療保険はリスク分散に純化する「人頭保険料」案を提示している。しかし、2005年9月の連邦議会総選挙の結果、2大政党はいずれも過半数に達せず、両党の大連立政権が誕生してキリスト教民主同盟党首のメルケル女史が首相に任命されたが、閣僚の半分は社会民主党から選出され、所管の連邦保健相にはこれまでの改革をリードしてきたウラ・シュミット女史が再任され、改革のゆくえは不透明になった。しかし、

* 山口県立大学社会福祉学部教授，連絡先：ktanaka@yamaguchi-pu.ac.jp

医療保険をめぐる状況の厳しさは変わらず、これまでの政権下で具体的な作業工程に乗っている有病率リスク指標の導入を始めとして、医療保険改革が今後どういう方向に向かうのか、日本の医療政策への含意も含めて引き続き注視したい。

I. はじめに

ドイツでは70年代の医療費の高騰とオイルショックによる経済の低迷の中で、医療費の抑制を図るための施策が本格化してきた。その最初が77年に実施された医療保険費用抑制法(KVKG)で、その後も80年代に相次いで病院医療費抑制法などの施策が講じられてきたが短期的な効果にとどまり医療費の上昇傾向は止まらなかった。このため、89年にはビスマルク医療保険創設の一世紀来の改革と喧伝された医療保険改革法(GRG)が施行され、患者負担の引き上げや保険給付リストの削減、薬剤定額給付制(いわゆる参照価格制)、在宅介護給付の創設など抜本的な改革が行われた。しかし、大きな期待を背負って実施に移されたこの改革も、その中心が主に需要側のコントロールに偏っていたこともあり、さらにはその直後に起きた東西ドイツの再統合という歴史的な出来事とその結果の経済財政状態悪化の影響も受け、所期の成果を挙げないまま、さらなる抜本的な改革が必要とされた。

このような背景の下で、各党間のギリギリの折衝によるいわゆる Lahnstein 合意を踏まえ、連邦議会での与野党の賛成により、供給面の構造に踏み込んだ医療保険構造改革法(GSG)が92年に成立、翌年から施行された。その内容は多岐にわたるが、中核をなす改革内容は、原則としてすべての保険者(疾病金庫)について被

保険者が自由に加入先を選択できるようにし、この保険者間競争を通じて医療費の効率化と医療サービスの質の向上を図る新たな競争的枠組みを採用したこと、そしてその競争の公平な土俵作りとして、各疾病金庫間の加入者の構造的なリスク格差(加入者の性別、年齢や所得など)を調整する仕組みを導入したことである。

このリスク構造調整と保険者選択制は、Enthoven らの「管理競争」の構想に連なり、すでに公的医療保険においてこれを導入していたスイスやオランダの実践にも影響を受けて採用されたもので、94年からの一般的なリスク構造調整を95年からは年金受給者にまで対象を拡大し、その準備を経て、96年から全面的な保険者選択制が導入された。その後現在までの制度運用を通じて、保険料率の格差の縮小、分立していた疾病金庫の劇的な統合再編の促進や、顧客サービスの改善、マネジメントの強化など、多くの効果をもたらしたが、反面で、新たなリスク選択の激化やそれに伴う保険料率格差の再度の拡大など、この枠組みが持つ弱点や課題も明らかになり、その克服に向けて新たな選択が迫られてきている。このようなドイツのこの10年あまりのチャレンジの検証と評価を通じて、日本においても早晚政策課題となると考えられる、公的医療保険における保険者間競争政策のあり方について考察してみたい。

Ⅱ．保険者間の競合構造とリスク構造調整

Ⅱ－１．ドイツの医療保険の保険者間の競合構造

ドイツの公的医療保険制度は1883年に当時の宰相 O.v. ビスマルクによって創設された世界最初の社会保険であり、かつて日本が健康保険制度を創設するに当たってモデルとしたことでも知られているため、一般に先進諸国の公的医療保険の中では日本のそれに近いと理解されている。しかし、年金制度についても言えることだが、日本の社会保険制度は戦後にイギリスの普遍的な仕組みに強く影響を受けて国民皆保険、国民皆年金を達成してきたため、じつは、その基本的な部分で異なっている点があり、比較に当たっては注意する必要がある。

ドイツの医療保険制度のさまざまな特徴のうちで、本稿のテーマとの関連で重要な日本との相違点の第1は、国民皆保険を採用していないことである。低賃金の雇用労働者への強制適用から始まった社会保険の原型をその後相当修正しつつもなお基本的に維持しており、雇用労働者でも一定以上の年収のあるものや、特定の業種を除いた自営業、官吏などは現在もなお強制加入の対象から除外されており、公的医療保険への加入者は全国民の9割前後にとどまる。残る1割前後の人たちのほとんどは、代替的(substitute)な民間医療保険の完全保険に加入している。

特徴の第2は、各種の疾病金庫(保険者)が分立し、それぞれが複雑な補完・競合関係に立っていることである。企業疾病金庫(BKK)は日本の健康保険組合にほぼ対応し、企業や企業グループ単位で設立されるもので、同業者疾病金庫(IKK)は日本の国民健康保険組合に近い、手工業者などが職業組合単位で設立できるものである。これら以外にも規模の小さな船員疾病金庫や連邦鉱山労働者組合などもある。そ

して、これらのいずれにも加入しない強制加入対象者の受け皿として、日本の政府管掌健康保険と市町村国民健康保険を合わせたような性格を持つ地区疾病金庫(AOK)がある。これらが強制加入のベースとなる保険者なので、義務的金庫(Pflichtkasse)とか一次金庫(Primärkasse)などと呼ばれる。これに対して、96年に全面的な保険者選択制が導入される以前から、主に職員(ホワイトカラー)については、上記の義務的金庫に加入しないで職員代替金庫(Ersatzkasse)を選択して加入することが認められていた。なお、労働者(ブルーカラー)についても代替金庫はあったがその約款その他で選択は厳しく制約されており、実質的にはほとんど認められなかった。このように強制加入対象者の内部ですでに主に職員を対象として保険者選択が認められ、競合構造を有していたのに加え、さらにその外には代替的な医療保険を提供する民間医療保険が併存しており、任意加入被保険者をめぐって疾病金庫と激しい競争を繰り返していた。その構造は図1に示す通りである。

このようにドイツの医療保険は4層の加入構造を持ち、その間でもともと一定の保険者選択が認められ競争的土壌を有していたことは、皆保険政策の下で加入先がすべて法定されている日本とは大きく異なる点で、全面的な保険者選択制の導入を比較的無理なく受け入れることができた素地として留意しておく必要がある。このように保険者が分立した状況下で、加入先の保険者の種別ごとの全国民の医療保険加入状況は、表1のとおりである。依然として地区疾病金庫と代替金庫が2大加入先ではあるが、後述のようリスク構造調整の不備をついたりリスク選択と被保険者の移動の激化や疾病金庫全体の競争力の低下によって、直前のミクロセンサス結果と比較してもわずか4年間でこの両者へ

図1 ドイツの医療保険の保険者の4層構造

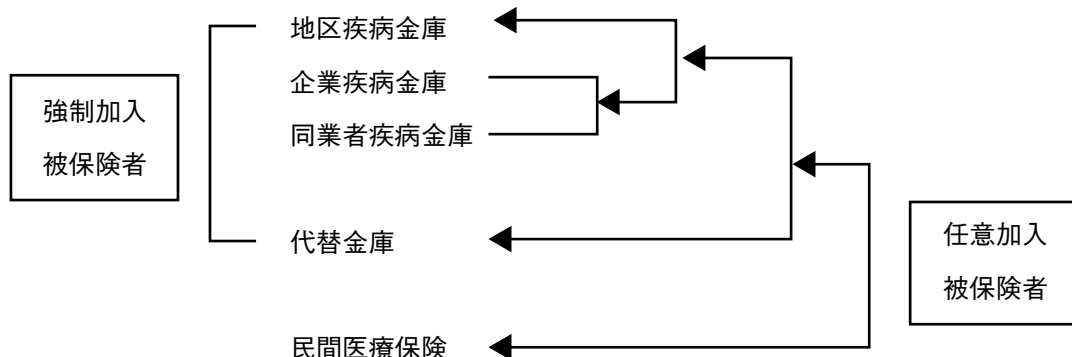


表1 被保険者の種類別の加入状況

(2003年5月現在, 単位: %)

	合計		強制加入		任意加入		年金受給者		家族被保険者	
公的医療保険合計	87.8	▲0.6	38.2	1.9	4.8	▲0.8	20.6	1.5	23.9	▲3.7
地区疾病金庫	36.1	▲1.2	15.1	0.3	1.3	▲0.1	10.2	0.3	9.3	▲2.0
企業疾病金庫	16.0	4.9	7.6	3.4	0.9	0.2	2.7	0.3	4.7	0.9
同業者疾病金庫	5.4	▲0.5	2.7	▲0.3	0.3	▲0.0	0.8	0.1	1.6	▲0.3
代替金庫	27.2	▲3.5	12.0	▲1.5	2.3	▲0.7	5.4	0.7	7.4	▲2.2
民間医療保険	9.7	0.8	—	—	7.7	0.9	—	—	1.5	▲0.6
合計	100.0	—	38.2	1.9	12.5	0.1	20.6	1.6	25.4	▲4.2

(注) 1. 各欄の右欄は、1999年のマイクロセンサスとの構成割合の差を示す。

2. 各数字の分母は全国民数であり、加入者数の少ない疾病金庫や医療扶助など特別な保障形態のものが省略してあるほか、医療保険に関する記述がないものが除外されているので、各数字の合計は一致しない。

(出所) 連邦統計庁2003年および1999年マイクロセンサス結果より作成。

の加入者が減少し、逆に企業疾病金庫と民間医療保険の加入者が増加していることが顕著に見て取れる。

II-2 リスク構造調整の仕組みとその運用実績

II-2-1. リスク構造調整の基本的な仕組み

リスク構造調整は、日本においても保険者間の被保険者構造の格差を是正するためにその導入がさまざまな立場から主張されるが、本来保険者の分立と自律を重視する保険制度において、これに介入し強制的に収支構造を変更するためには、何故それが正当化されるかについて相当の根拠を必要としよう。ドイツにおけるリスク

構造調整の根拠は、被保険者による保険者選択制の全面的な導入により保険者間の競争を促進し、それがより効率的な運営とより質の高いサービスの実現につながるという理念であり、そのための公平な競争の土俵として、被保険者の性別や年齢など、保険者努力によっては改善ができない部分での保険者間の不公平を是正しようとするものである。このようにドイツのリスク構造調整はあくまでも保険者選択制による保険者間競争という「連帯下の競争」理念の中核を成す手法である点に注意する必要がある。

具体的な調整対象となる構造的リスクとしては、客観的で管理も容易で保険者や被保険者による不正な操作可能性のないものとして次の間

図2 リスク構造調整に用いられるリスク・クラスのマトリックス

年齢	障害年金受給なし						障害年金受給者				
	普通保険料率		高額保険料率		傷病手当金受給権なし		傷病手当金受給権あり		傷病手当金受給権なし		
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	
0											
1											
2											
3											
4											
5											
・											
35											
・											
65											
・											
80											
・											
90+											

*全部で670のセルになる。

接指標が選ばれた。

[リスク構造調整の指標]：

- ・ 性
- ・ 年齢
- ・ 障害年金の受給の有無
- ・ 傷病手当金の受給資格の有無および内容
- ・ 被保険者の収入（被扶養家族被保険者は収入がゼロとしてこの中で調整される）

[給付費に関するリスク指標]：

性、年齢、障害年金の受給の有無、傷病手当金の受給資格の有無および内容は、各保険者の給付費に関連する指標に当たる。そして、障害年金を受給していない一般の被保険者については、性別（2種）および傷病手当金の受給資格の有無および内容（3種）と、0歳から90歳以上までの各歳別の年齢（91種）との組み合わせにより、それぞれが医療費支出に関して均質とみなされる546（＝2 X 3 X 91）の被保険者グループのセルが作成される。

また、医療リスクの高い障害年金の受給者の場合には対象者数が限られていることから、性別（2種）と傷病手当金の受給資格の有無（2

種）と35歳以下から65歳以上までの各歳別の年齢（31種）のマトリックスにより、計124（＝2 X 2 X 31）のセルが作成され、全体で670の医療費支出リスク別のセル（図2）が作成される。

[保険料収入による財政力の指標]：

これは各疾病金庫の保険料賦課対象収入総額と全疾病金庫の保険料賦課対象収入総額の比率が用いられる。

具体的なリスク構造調整の手続きは次のようになる¹⁾。

まず調整対象となる給付費は、現物給付と金銭給付（傷病手当金）に分かれ、前者はさらに①医科外来給付、②歯科外来給付、③薬局調剤、④入院給付、⑤その他の給付に分けられるとともに、これらの給付費合計が算出される。データの収集は、③④は97年から全数調査、①②⑤は保険医（歯科保険医）協会を通じた抽出調査（全体の平均では3%程度）によっている。事務費（疾病金庫の支出額の5～6%程度）や各疾病金庫の任意給付は対象となっていない。

これらの調整対象となる給付額に関する全疾

1) 実務の詳細はその後若干の内容の変更はあるが船橋（1998）に詳しい。

病金庫のデータは連邦保険庁（Bundesversicherungsamt）に報告，集計され，各セル毎に被保険者1日当たり標準化給付費（standardisierte Leistungsausgaben：sLA）が算出される。一方で，抽出調査による誤差を避けるため，連邦保険庁は全疾病金庫からの事業報告（KJ1）に基づき，調整対象給付費総額を全被保険者日数で除することにより被保険者1人1日当たり平均給付費（100%値）を算出する。そして，各セルの標準化給付費の100%値に対する比率を各セルの相対係数（Verhältniswerte：VHW）とし，この両者を公示する。

各疾病金庫は，その加入被保険者のセル毎の人数（正確には被保険者延べ日数）にこの相対係数を乗じた総和に全被保険者の平均給付費を乗じることにより当該疾病金庫の所要保険料額（Beitragsbedarf：BB）を算出する。

他方で，全疾病金庫の調整対象給付費総額を全疾病金庫の保険料賦課対象収入総額で除することにより調整保険料率（Ausgleichsbedarfssatz：ABS）を算出する。そして，各疾病金庫ごとにその保険料賦課対象収入総額にこの調整保険料率を乗じることにより，当該疾病金庫の財政力（Finanzkraft：FK）を算出する。

リスク構造調整による交付金（拠出金）＝所要保険料額（BB）－財政力（FK）
 $BB > FK$ であれば受け取り側に， $BB < FK$ であれば逆に拠出側に回る。

II-2-2. リスク構造調整の運用実績

リスク構造調整は94年からまず年金受給者以外の一般被保険者を対象として開始され，翌95年から年金受給者のための医療保険制度を吸収する形で全年齢を対象として全面的に施行された。当初は，とりわけ抽出調査に伴う統計の信頼性の問題や，保険医協会と疾病金庫側の不慣れによる報告ミスなどにより補正・修正が続くなどの困難があったが，97年から病院（入院）

給付と薬局調剤に関するデータが全数調査に改められたことにより精度が飛躍的に向上し，制度として定着してきた。疾病金庫の種類毎の各年の調整結果（プラスは交付金の受け取り，マイナスは拠出金の支払い）は，表2のとおりであり，毎年の公的医療保険の財政規模の約1割に当たる。

この表から明らかなように，この間，一貫して最大の受け取り側は地区疾病金庫であり，毎年ほぼ全調整額の9割近くを受け取っている。また支払い側では，この間に顕著な異変が起きており，かつて疾病金庫の中では所得の高い優良被保険者層の有力な選択先として低い保険料と高い社会的ステイタスを誇ってきた職員代替金庫が急速に競争力を失い，その拠出額が急減する一方で，全面的な保険者選択制の導入に伴い，この間に若くて健康な被保険者の加入が続いた企業疾病金庫が拠出金の大半を負担する側に回ってきている。このような調整額の変動は，表1の疾病金庫の種類別の被保険者数の推移にも明らかで，地区疾病金庫と職員代替金庫はこの間に加入者の減少が続き，逆に企業疾病金庫，さらにはかつて職員代替金庫と任意加入者をめぐって争っていた民間医療保険が漁夫の利を得る形で加入者を増やしてきている。これらの動向の背景にある問題については，Ⅲ以下で詳細に分析する。

なお，この統計は疾病金庫種類毎の集計をもとにその間での調整額を示しており，同一種別の疾病金庫間でのやり取りは相殺された結果となっている。しかし，同一種別の中で受け取り側と拠出側の金庫が併存しているのは企業疾病金庫と同業者疾病金庫のみであり，その個別の疾病金庫間の調整額を加味してもせいぜい全体の調整額の10%程度にとどまっているため，ここでは疾病金庫の種類別の特徴として捉えて問題ないと考えられる。

表2 リスク構造調整による交付（拠出）額の年次推移（1995-2004）

(単位：百万ユーロ)

種別	1995			1996			1997			1998			1999		
	西	東	連邦	西	東	連邦	西	東	連邦	西	東	連邦	西	東	連邦
地区疾病金庫	+5,702	+2,099	+7,801	+6,087	+2,288	+8,375	+6,692	+2,468	+9,159	+7,011	+2,570	+9,582	+7,070	+3,023	+10,093
企業疾病金庫	-530	-194	-724	-567	-196	-763	-867	-237	-1,104	-1,382	-335	-1,717	-2,195	-393	-2,588
同業者疾病金庫	-139	-396	-535	-208	-437	-645	-377	-494	-871	-509	-511	-1,021	-545	-484	-1,029
職員代替金庫	-5,450	-1,641	-7,091	-5,719	-1,770	-7,489	-5,864	-1,798	-7,662	-5,560	-1,796	-7,356	-5,387	-1,642	-7,029
労働者代替金庫	-544	-50	-595	-578	-69	-647	-696	-122	-818	-751	-144	-895	-785	-152	-936
連邦鉱山夫組合	+957	+190	+1,147	+981	+191	+1,172	+1,107	+189	+1,296	+1,205	+227	+1,432	+1,226	+268	+1,494
船員金庫	+3	-7	-4	+3	-6	-3	+7	-5	+2	-0	-6	-6	+8	-4	+5
合計	+6,663	+2,289	+8,948	+7,071	+2,479	+9,547	+7,806	+2,657	+10,458	+8,216	+2,797	+11,014	+8,305	+3,291	+11,592

種別	2000			2001			2002			2003			2004		
	西	東	連邦	西	東	連邦	西	東	連邦	西	東	連邦	西	東	連邦
地区疾病金庫	+7,077	+3,418	+10,495	+7,869	+4,080	+11,949	+7,761	+4,153	+11,914	+8,652	+4,501	+13,153	+8,683	+4,430	+13,113
企業疾病金庫	-3,652	-530	-4,181	-5,518	-862	-6,380	-6,362	-969	-7,331	-8,031	-1,126	-9,157	-7,807	-889	-8,696
同業者疾病金庫	-429	-378	-807	-334	-285	-619	-291	-238	-529	-163	-197	-361	-65	-177	-242
職員代替金庫	-4,935	-1,283	-6,218	-4,597	-1,152	-5,749	-4,055	-832	-4,887	-3,209	-446	-3,655	-3,066	-198	-3,263
労働者代替金庫	-691	-118	-809	-636	-100	-736	-607	-90	-697	-582	-77	-659	-565	-70	-635
連邦鉱山夫組合	+1,212	+311	+1,524	+1,213	+351	+1,565	+1,175	+359	+1,534	+1,178	+391	+1,569	+1,134	+400	+1,534
船員金庫	+9	-3	+6	+6	-3	+3	+7	-3	+4	+5	-2	+3	+9	-1	+7
合計	+8,298	+3,729	+12,025	+9,088	+4,432	+13,517	+8,942	+4,509	+13,451	+9,835	+4,892	+14,724	+9,826	+4,830	+14,655

(注) +は交付金の受け取りを、-は拠出金の支払を意味する。

(出所) 連邦保健省および連邦保険庁資料より作成。

Ⅲ．リスク構造調整と保険者選択制の効果

Ⅲ－１．各疾病金庫間の保険料率の格差の縮小

リスク構造調整が導入された最大のねらいは保険者間競争の公平な土俵作りであったが、それ以外の要因として、被保険者の構造の違いによって疾病金庫間で著しい保険料率の格差があり、これが低い保険料率の代替金庫を選択して移動できる職員と、事実上その途が閉じられていて料率の高い地区疾病金庫への加入を強いられる労働者との間で基本法（憲法）上の平等原則への抵触のおそれを生み出したことがあった。このため、疾病金庫間の構造的な要因に起因する保険料率の著しい格差を是正することは、リスク構造調整制度の効果として期待された。

実際の運用に伴うその効果を見ると、導入前の94年初には平均保険料率から上下1%以上の料率差のある疾病金庫に加入している加入者が約27%に及んだのに対して、99年初には約6.5%にまで減少している（BT-Drucksache14/7123（2001），S.11）。また、最高料率と最低料率が94年初にはそれぞれ16.8%と6.0%と3倍近い格差があったのが2004年初にはそれぞれ15.7%と10.2%と1.5倍の格差にまで縮小してきている。

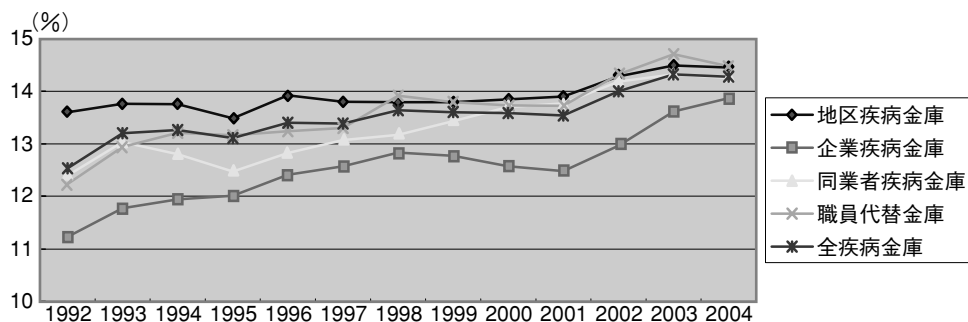
さらに、連邦保健省の委託による専門家の鑑

定報告書によれば、財政力の弱い疾病金庫では平均で13.9%の保険料率がかもしもリスク構造調整がなければ18%以上に、逆に財政力の強い疾病金庫では12.6%～13.0%の保険料率がこれが必要であれば7.5%～9.4%—個別の極端な事例によっては3%以下—になり、容認できない程度の保険料率の格差をもたらしていたであろうとして、格差縮小に果たしたこの制度の必要性と有効性を指摘している（Endbericht（2001）S.31—33）。

さらに各疾病金庫の種類別の平均保険料率も、図3のように縮小してきている（ただし全体としての上昇傾向の抑制はできていない）。

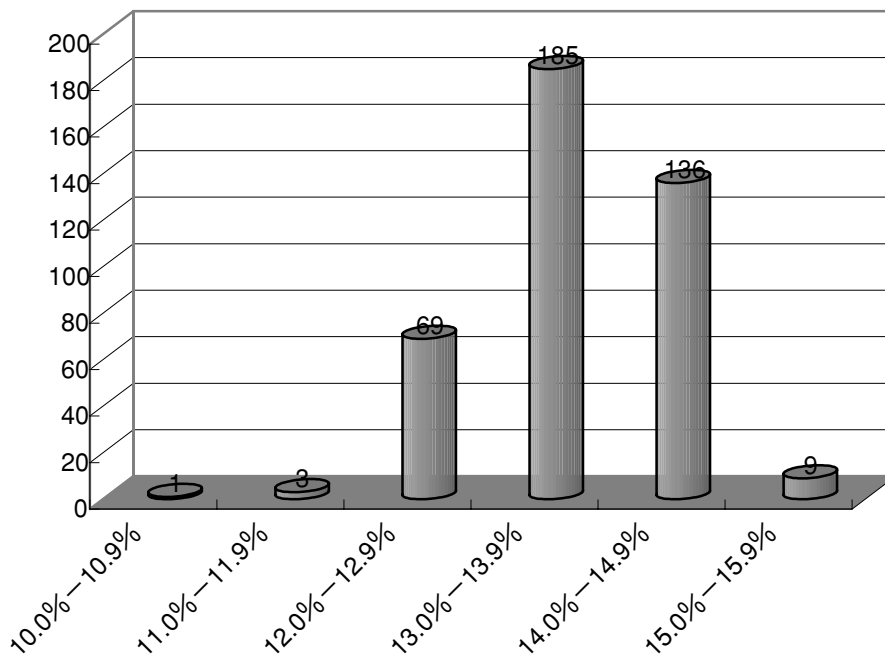
このようにリスク構造調整の効果もあって、後述のリスク選択に伴う格差の再度の拡大という課題はあるものの、全体として保険料率は平準化の動きを示している。保険料率段階別の疾病金庫数と加入者数の分布は、図4および図5のとおりであり、なお上下の間には格差があるものの、多くの加入者を擁する地区疾病金庫や職員代替金庫の保険料率が14%台を中心に固まっていることから、疾病金庫数の分布よりも加入者数の分布の方が平均値近くに収斂している。

図3 主要な疾病金庫の種類別平均一般保険料率の年次推移



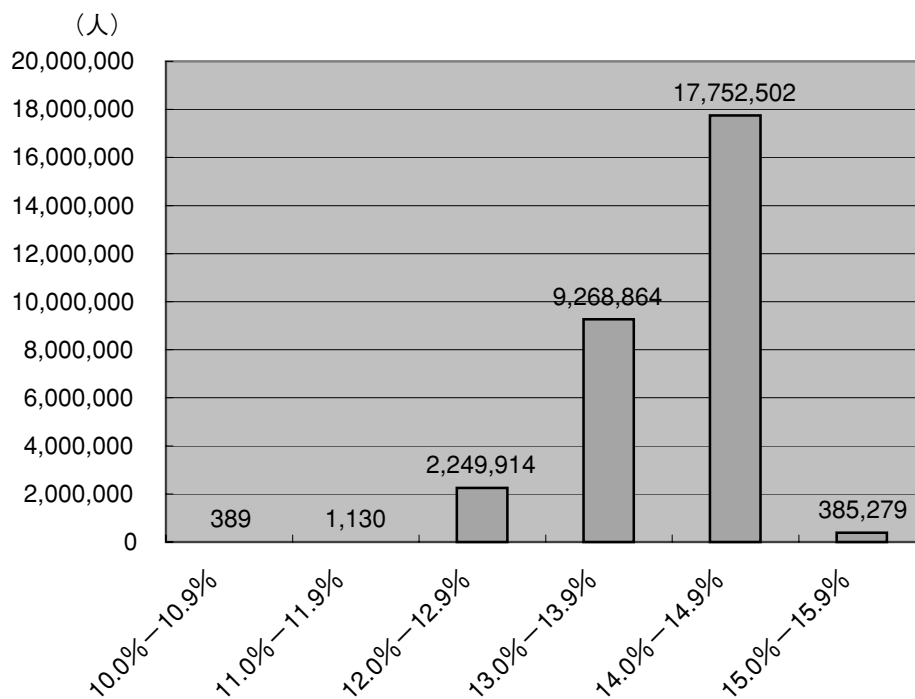
(出所) 連邦保健省資料。

図4 保険料率段階別の疾病金庫数（2004年）



(出所) 図3に同じ。

図5 保険料率階層別の被保険者数（2004年）



(出所) 図3に同じ。

Ⅲ－２．疾病金庫の統合再編

Ⅲ－２－１．疾病金庫の統合再編促進のための 法規程の整備

[地区疾病金庫に関する規定]

疾病金庫は医療保険制度創設以来1世紀を超える長い歴史の中で、多くの弱小で非効率なものが併存し、その改革の必要性が叫ばれながらも、長い歴史の中で積み重なった、各地域や労使双方の組織の事情などが複雑の絡み、分立した疾病金庫の再編は遅々として進まなかった。近年の大改革であった89年のGRG法においても、この組織改革には踏み込むことができず、次の改革の課題として先送りされたが、93年GSG法にいたってようやく保険者選択制の競争基盤の整備として組織法に関する規定の改正が行われた。

まず、すべての地域をカバーし最後に受け止めるという性格を持つ、もっとも基礎的な保険者である地区疾病金庫については、従来はその成立基盤となる地域の単位は、原則として市または郡とされ、現実にも1,000を超える疾病金庫が並立し、その多くは規模が小さくて保険料率は高く、競争力の低いものだった。そこで、本格的な競争制を導入するためには、何よりもまずこのような地区疾病金庫の統合再編を大胆に進めることが焦眉の急となっていた。このため、その基本単位に関する規定が改められ、地区疾病金庫は定められた地域を単位として成立するとだけ規定され、その地域は各州政府が法規命令により定めることとされ、広域的再編のための規定が整備された。

また、その任意合併に関する規定（社会法典第5編145条）についても改正され、州政府は、次のいずれかの要件を満たす場合には、個々の地区疾病金庫またはその州連合会の申請に基づき、州内の個別またはすべての地区疾病金庫を合併することができるよう改められた。

- ① 合併により当該疾病金庫の給付能力が改善される場合、または
- ② ある地区疾病金庫のリスク構造調整後の所要保険料率が連邦または州内のすべての地区

疾病金庫の平均所要保険料率を5%の差を超えて上回る場合

さらに改正により同条2項が新たに設けられ、州政府は、州連合会の申請により、上記の要件が満たされるにもかかわらず、申請があつてから12ヶ月以内に任意の合併が行われなるときは、州内の特定の、あるいはすべての地区疾病金庫を合併しなければならないこととされた。

[企業疾病金庫に関する規定]

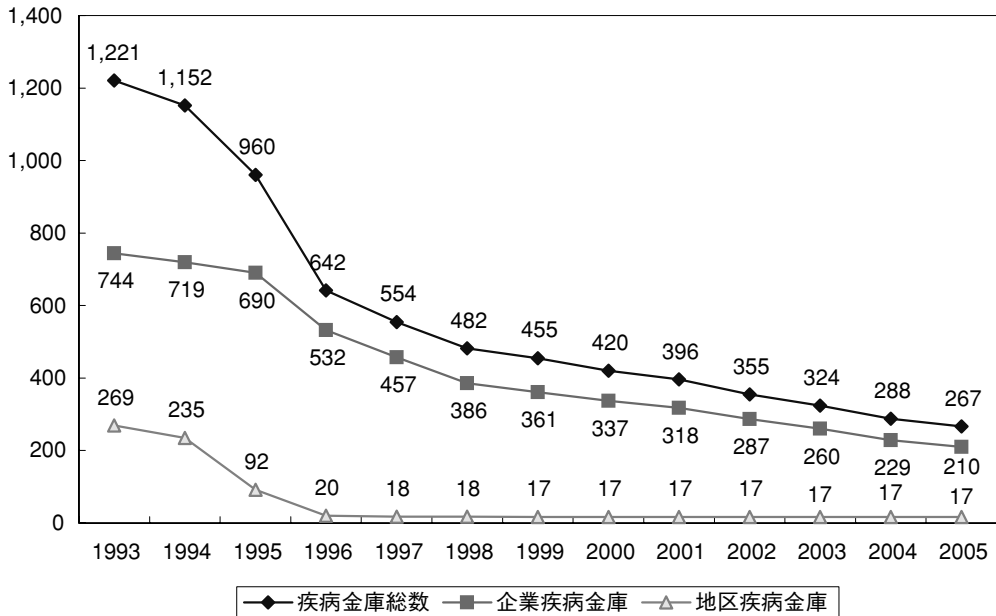
企業疾病金庫の設立に関しては、本格的な競争に向けてその経営基盤を強化するために対象事業所の規模が450人以上から1,000人以上に引き上げられるとともに、その設立要件にあった「すでにある地区疾病金庫の存立や給付能力を脅かさないこと」という条件が削除された。

また、母体企業からの独立性を強めるために、従来は運営のための人件費は母体企業の負担とされていたのを「できる」規定に改めたほか、オープン型に移行する場合には改めて母体企業が人件費を負担するかどうかを決めることができるように改められた。この方向はさらに2004年の医療保険近代化法により強化され、オープン型の場合には他の疾病金庫との競争条件を公平にするために2005年からは母体企業が人件費を負担することはできないこととされた。

任意合併に関しては、従来は基本的に母体企業が同一の企業疾病金庫間でしか合併ができなかったのが、疾病金庫の管理委員会の決議により、監督官庁の認可を得て、自由に合併ができるように改められた。同時に、オープン型の場合には、母体企業が解散を申請することができなくなり、また母体企業の事業所の廃止も直には疾病金庫の解散にはつながらないこととされるなど、母体企業からの独立性が大幅に強化された。

このほか、各疾病金庫に共通の組織規定も全面的に改められ、従来の代議員総会が廃止されてこれに代わり管理委員会（Verwaltungsrat）が加入者を代表する機関として簡素化され、その監督の下に理事長が運営する近代的なマネジ

図6 種類別の疾病金庫数の年次推移



(出所) 図3に同じ。

メント体制の強化が図られた。

Ⅲ-2-2. 疾病金庫の統合再編の動向

93年のGSG法により合併による統合再編を促進するための規定の整備が図られ、その上で、実際にも図6に見るように93年には1,221あった疾病金庫が2005年初には267と、この間に実に4分の1以下に減少するなど、劇的な合併再編が進んだ。

しかし、その動きを種類別に観察すると、地区疾病金庫と企業疾病金庫では、大きく異なっている。もともと小規模で競争力のないものが歴史的な経緯で各地域ごとに分立していた地区疾病金庫は、すでに長い間その合併の必要性が指摘されながら関係者の利害のために遅々として進んでいなかったものであり、この本格的な競争制の導入を契機に、州政府の強力な指導もあり、93年には269あったものが保険者選択制が施行される96年までに20と、じつに10分の1以下に減少するという大規模な合併再編が行われた。その結果、現在では、人口規模が最大のノルトライン・ヴェストファレン州においてノ

ルトラインとヴェストファレン・リッペの2つに分かれているのを除いて、16ある州にそれぞれ州全域を単位とする巨大な疾病金庫が誕生することになった。

これに対して、もともと母体企業の特徴を反映して多様な形態を有していた企業疾病金庫の場合には、96年に合わせて一気に再編が進んだのではなく、むしろその後の保険者選択制の全面導入による疾病金庫間競争の激化に伴って、それぞれの生き残りを賭けた経営戦略に応じて合併を繰り返し、そのプロセスの中で徐々に、しかし確実に統合が進行してきており、今後ともさらにその動きは続くものと見込まれる。

このような企業疾病金庫の統合再編路線には、その根ざす地域の特徴や規模、母体企業の方針やこれとの関係など、各企業疾病金庫の戦略に応じていくつかのパターンがある。その詳細は別稿(田中(2004))に譲るが、筆者らが訪問調査を行った事例だけでも、全国規模への量的拡大に将来の活路を見いだそうとしてフォルクスワーゲン企業疾病金庫とポスト(郵便)企業

疾病金庫が合併して誕生した、企業疾病金庫最大規模のドイツ企業疾病金庫の路線がある一方で、むしろ全国展開は効率が悪いとして、母体企業との密接な連携を維持しつつ、地域でのシェアの拡大により医療機関側に対する交渉力の強化を狙って合併を展開するフォード企業疾病金庫やノインプルス企業疾病金庫のような路線もある。

また、いわゆるバーチャル企業疾病金庫として低い保険料率を武器にローリスク層を中心に短期間に急激な拡大を遂げたものが、その急激な成長に見合う職員の確保が追いつかず、このため負債を抱えているが一定の経営基盤を有する企業疾病金庫と合併して相互の課題を補完しあう形で誕生したタウヌス企業疾病金庫のような競争時代の新たなタイプのももある²⁾。さらには、ベルリン市とハンブルク市のそれぞれ雇用労働者を対象とした企業疾病金庫が、いずれも公務労働に特有のコスト意識のない運営のために巨額の負債を抱えていたが、その合併により思い切ったリストラを断行して再生を図ったシティー企業疾病金庫のような特異な合併もある。

このようなオープン化した企業疾病金庫は、金庫数では企業疾病金庫全体の6割で、残る4割は依然として企業疾病金庫の本来の原型である母体企業の従業員を対象とする閉鎖型にとどまっている。この閉鎖型のものには母体企業が歴史が古くて経営基盤がしっかりしており、保険料率も比較的低いものも多く、例えば自動車産業ではダイムラー・クライスラー企業疾病金庫やBMW企業疾病金庫などがこれに当たる。しかし、閉鎖型は金庫数ではなお4割を占めて

いるものの、比較的規模の小さいものが多く、加入者数で見ると企業疾病金庫全体の1割に過ぎず、保険者選択制による競争政策の強化という大きな動きの中で、どこまでその本来の存在意義と固有の形態を維持していくことができるか、今後の展開は興味深い。

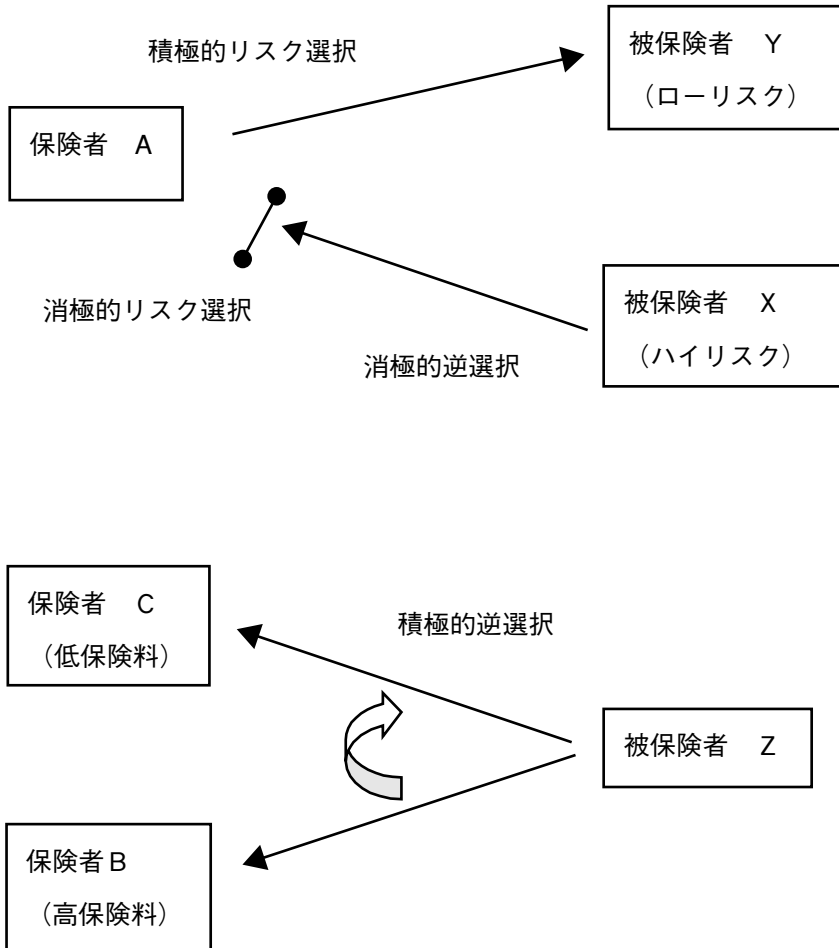
III-3. 疾病金庫の顧客サービスとマネジメントの改善など

保険者間競争政策の成果の第3は、疾病金庫のマネジメントと顧客サービスの改善である。かねてから疾病金庫のお役所的で非効率な事務処理は加入者の不評を買っていたが、選択制の導入により、顧客志向のサービス改善が図られた。また、運営組織も柔軟で効率的になり、合併により規模が拡大したことに伴って運営管理の効率化も図られた。さらに、職員の資質の向上という面でも、専門資格を有する職員が少なかったこの分野にも、近年では医師や薬剤師、経済学士や情報処理の専門家などの大卒者が勤務するようになったと指摘されている（BT-Drucksache14/5681（2001），S.6）。

この他、この制度の運用に伴って、膨大な医療データベースが蓄積されたことの意味も大きい。これまでは保険料徴収に関して無関係なためほとんど情報がなかった家族被保険者に関する情報や、被保険者の疾病リスクに関しても医科外来、歯科外来、薬局調剤、入院、その他の現物給付、傷病手当金の分類ごとによれば7,000万人分の医療データベースが一挙に整備されたわけであり、今後のミクロ、マクロの医療政策を立案していく上で貴重な財産になるものと思われる。

2) この疾病金庫は200人の被保険者だったものがオープン化してわずか2年半で56万人に急成長した。

図7 リスク選択と逆選択



IV. 連帯下の競争とリスク選択の問題

IV-1. 連帯下の競争におけるリスク選択の発生メカニズムとその防止策

IV-1-1. リスク選択と逆選択のタイプと規制

リスクに見合った保険料という、給付・反対給付均等の原則を鉄則とする契約に基づく民間保険市場であろうと、加入強制を前提にその加入先の保険者の選択制である連帯下の競争であろうと、保険者と被保険者との間のリスク選択

と逆選択には、図7のようにそれぞれ積極、消極の2種類がある。

すなわち、保険者から見ると、設定したリスク区分とそれに見合う保険料を前提に、加入を希望する被保険者がその設定したリスクよりもハイリスク（被保険者 X）であればこれに見合うより高い保険料を求めるか、場合によればその加入を断ることが保険者としてのリスク選択（ここでは消極的リスク選択と呼ぶ。）の基本機

能である。逆にその保険料で設定したリスクよりもローリスクの被保険者（被保険者 Y）を獲得（積極的リスク選択と呼ぶ。）できれば、その分だけ利益が増える。逆に、被保険者の側の行動としては、保険者 A が想定しているリスクよりもハイリスクの X はローリスクの Y と同じ保険料で加入してより多くの給付を求めようとする（消極的逆選択）し、X であれ Y であれ、同じ保険給付であれば、保険料が高い保険者 B よりもより保険料が安い保険者 C を選択し（積極的逆選択³⁾）、すでに加入済みであればこれに移動することが経済的に合理的である。

このような保険者側の選択と、被保険者の逆選択の行動は、双方の情報の非対称性の下でせめぎ合うことになる。ここで確認しておきたいのは、これらの行動はいずれも保険をめぐる競争の当然の合理的行動であり、だからこそ、保険者の重要な機能として、リスクの細分化や適切なリスク評価、リスク選択が求められるのであり、それが有効にできない保険者はやがて競争に敗れて市場から退場するだけである。この意味で、リスクに見合った保険料設定の鉄則が貫徹できる民間保険市場である限り、疾病リスクについても、アメリカの経験が示すように、ハイリスク層の無保険者が相当程度発生することの社会政策的な妥当性は別にして、リスク選択も逆選択もそれ自体がルールを大きく歪めるという問題は生じない。

しかしながら、疾病リスクの場合、リスク分類の細分化の程度にもよるが、重篤な慢性疾患を有するハイリスクの人と若くて健康なローリスクの人とでは、そのリスクの格差は100倍にも及ぶことが明らかになっている（Van de Ven WPMM, Ellis RP (2002)）。したがって、これだけの大きなリスク格差に対して、しかも医療という、人の生命と健康を回復するために不可欠なサービスに対してこれに見合うだけの保険

料格差を放置することは公平原則や社会連帯の理念からみて容認できないと考えられる場合が多い。このため、疾病リスクについては、保険市場の競争的環境によって効率を実現しようとする政策を採る場合にも、その保険料負担について法的規制によってグループ内で統一的な保険料の適用を求めることになる。ドイツの連帯下の競争もこのような規制を加えており、どの保険者を選択しようと、保険者は加入者のリスク格差に応じた保険料格差を設けることは禁じられ、単一の、収入比例の保険料率により、希望する被保険者の加入を認める保険引き受け義務（Kontrahierungszwang）を課している。このような規制下の競争環境においては、保険者はできるだけハイリスク者の加入を回避してローリスク者を獲得しようとするし、被保険者もまたできるだけ有利な保険者を探してこれに移動しようとすることは自然である。

このように、連帯下の競争においてリスク選択や逆選択が深刻な「アキレス腱」として制度の存続を脅かすのは、社会的公正のために経済合理性を修正し、保険料について一定の規制がかけられた条件の下での競争が強いられるためであり、その意味で、リスク選択の問題が深刻な課題として登場し、これを無効化するためにリスク構造調整の導入とその精度の向上が求められるてくるのは、規制が原因であるとも、あるいは競争と規制の両立に伴う病理現象とも言うことができる。

IV-1-2. 医療提供側に対する保険者の影響力の強化や給付設計の弾力化

ドイツの保険者選択をめぐる市場でアメリカの民間医療保険市場とは異なりもっぱら保険料率をめぐる競争が生じているのは、保険給付の面で法律に基づき給付の種類や内容のほとんどが一律に義務づけられ、各疾病金庫が任意に設計できる給付が数%にとどまっていることが主

3) このような、被保険者が自分のリスクに照らして保険給付との見合いでより条件のいい保険料で加入できる保険者を選び、これに移動する行動を、保険者側のイニシアティブによる積極的なリスク選択と区別するために本稿では「積極的逆選択」と呼んでおく。

要な原因である。

さらに、各保険者が医療サービスをコントロールできる可能性についても、

- ① 医科・歯科外来については、その診療報酬交渉は保険医（保険歯科医）の連邦および州レベルの協会と疾病金庫の各レベルの連合会との集団的な交渉と協定により決定され、
- ② 病院については、その病院の病床占有率が5%を超える疾病金庫を除き、各病院との個別交渉はできず、診療報酬交渉は州レベルでの疾病金庫連合会が行うこととされている。

このように、相互に競争関係に立たされている各疾病金庫が個別に各医療機関と交渉を行い、その価格の引下げやサービスの質の向上という望ましい競争を行うことは困難である。

このため、①については、このような保険医協会との集団協定の枠組みを外し、各疾病金庫が個々の保険医や保険医グループ、病院と直接契約することを可能にする統合サービス（Integrierte Versorgung）の仕組みが保険医側の激しい反対を押し切って2000年改正で導入された。

しかしながら、仮にこのような方向で保険者が直接に医療機関と契約し、その給付内容やアクセスをコントロールすることができるようになれば、却って、理論的にもその危惧がすでに指摘され（Van de Ven WPMM, Ellis RP(2002)）、また現実にはアメリカのマネジドケアで生じたように、ハイリスク者について保険引き受け義務を課したとしても、サービス利用へのアクセスやサービス内容を制限したり、さらにはハイリスク者が選好する専門医療機関とは契約しないなど、医療サービスをコントロールできない現行と較べるとはるかに巧妙で陰湿な消極的リスク選択が行われる危惧は強い。つまり、保険者にとって被保険者に対するリスク選択が経済的に競争上の有利をもたらす以上は、供給側への関与を強めるだけではリスク選択を防ぐことはできず、これを無意味化する措置の導入が不可欠となる。

さらに、保険者間競争を保険料率競争以外に活性化させ、加入者の選択肢を広げるため、保

険給付の内容を各保険者が工夫できるようにその制度設計を弾力化する方途も考えられるが、例えば、給付を請求しなかった者に対するボーナス給付や保険料の還付、あるいは段階別の免責額の設定とそれに応じた保険料の割引きなどは、形式的に連帯による収入比例保険料の体裁をとっているだけで、実質的にはいずれもローリスク者に対するリスク見合い保険料の採用に踏み出すものであり、連帯原則の解体に歩を進めるものということができよう。

IV-1-3. リスク構造調整の必要性

上記のようにハイリスク者の加入の拒否を法律で禁止したり、医療提供側への影響力の強化や給付設計の弾力化などだけでは、競争の圧力下におかれた保険者がその根底にある経済合理性を求め行動の誘因を除去できず、陰に陽にさまざまな形でハイリスク者の加入を阻止し、ローリスク者の選択的な勧誘を行おうとする行動を完全に排除はできない。現に、ドイツで保険者選択制を導入した当初には、重度障害児を抱える家族の加入申請に対して次々に書類を求めて加入手続きを引き伸ばしたり、あるいは事務所を高齢者や車イスの人が上がれないようなエレベーターのないビルの上の階に置いたり、インターネットだけで加入手続きをしたり、といった、さまざまなリスク選択行動が見られ、社会的に大きな批判を浴びた。仮にこのようなハイリスク者の加入阻止行動は、厳格な法律の適用などによりある程度防止できるとしても、利益につながるローリスク者だけを選択的に獲得しようとする積極的なリスク選択まで法律で禁止や阻止することは、競争政策の基本理念と相容れず、その性格上なじまない。

したがって、このような連帯下の競争が本来の保険者の効率的な運営と質の高いサービス競争を促して、安易な被保険者のリスク選択に走らないようにするためには、規制だけでは無理で、リスク選択を経済的に無意味化するような仕組みをセットで組み立てる必要がある。これがリスク構造調整の仕組みであり、その意味で、リスク構造調整の仕組みがどれだけ効果的かは、

その指標の客観性、信頼性、操作に対する耐性、運営コストと並んで、どこまで有効にリスク選択や逆選択を経済的に無意味化することができるかということが重要になってくる。

なお、言うまでもなく、どれだけ精緻なリスク予測システムとリスク分類の細分化を行おうと、同一リスクグループ内でのリスク格差は存在し、完璧にリスク選択を防ぐことは不可能であるが、それは必要でもない。なぜなら、保険者がリスク選択を行うためにかかる費用に見合うだけの利益がリスク選択により得られる見込みがない限りは意味がないため、その限度での調整指標で十分である。さらには、運営コストや複雑性、操作に対する耐性などの面からも精緻化には限度があるが、リスク構造調整による事前的（Prospective）な調整と合わせて、リスク・プールなどのリスク・シェアリングによる、事後的（retrospective）な調整によりその弱点を補強することも可能である。ただし、事後的なリスク・シェアリングは、保険者の効率的な行動への誘因を損なうという重大な欠点もあるため、両者の組み合わせは慎重な検討が必要とされる。後述のようにドイツでも2001年改正で限定的な範囲でリスク・プール制度が導入されている。

IV-2. リスク選択の激化と競争力格差の拡大

Ⅲでみたように94年から導入が始まったリスク構造調整とその土俵の上での保険者間競争は、当初の数年間順調に推移し、疾病金庫の合併による規模の拡大と競争力の強化、疾病金庫間の著しい保険料率の格差の縮小などの所期の効果を上げた。しかしながら、90年代の終わりの頃から2000年代初期にかけて、新興の小規模なオープン型の企業疾病金庫を中心として、保険者によるローリスク者を対象とした積極的リスク選択や、ローリスクの被保険者側の保険料率の低い疾病金庫を求める積極的な逆選択による加入先の移動が活発化し、再び保険者間の競争力の格差が拡大してきた。その結果、企業疾病金庫の被保険者が急速に増加する一方で、地区

疾病金庫のみならず職員代替金庫までもがその被保険者を急速に失うという地殻変動が新たに生じてきた。さらには疾病金庫間の競争の拡大に伴って、いわば公的医療保険全体の平準化と競争力の低下が生じ、かつては任意加入者をめぐって民間医療保険と競合状態にあった職員代替金庫が急速に競争力を失い、優良な加入者が民間医療保険に流出する現象まで生じてきた（表3および表1参照）。

この背景には、各疾病金庫の特性とともに、現在のリスク構造調整指標の限界とリスク選択の問題がある。まず地区疾病金庫については、もともとほかの種類疾病金庫に加入しない人をすべて引き受ける基礎的な役割があったため、その加入層は高齢者が多く、所得が低くて慢性疾患を有する層が多い。このうち所得格差と年齢格差は一定程度リスク構造調整により補てんされ、現に表2で見たようにこの間一貫して調整交付金のほとんどを受け取る側に回ってきている。また短期間にほぼ州に1つという規模にまで大規模な合併が行われて合理化も図られたため、かつてあった保険料率の格差は相当程度縮小した。しかし、それでもなお調整しきれない医療費のかかる慢性疾患患者が多く加入しており、保険料率もなお平均を上回っており、競争力は強くない。

次に職員代替金庫であるが、これはかつては義務的金庫からの若くて所得の高い層の選択先として優良な財政基盤をもち、高い社会的ステータスを有していた。しかし、このような年齢構成と収入構成での優位性はリスク構造調整の導入によって直接に大きな打撃を受け、当初は調整額のほぼ全額を拠出する側に回り、その負担により、優位を保ってきた保険料率も引き上げざるを得なくなり、技術者疾病金庫（Techniker KK）の唯一の例外を除いていずれも急速にその競争力を失った。このため、強制加入の内部では主に企業疾病金庫に被保険者を奪われ、さらには任意加入者をめぐってはかつてのライバルだった民間医療保険に奪われて、その被保険者は減少している。

表3 主要な保険者の種類別の被保険者数の年次推移（1993—2004）

（単位：千人）

年	公的医療保険										民間医療保険	
	合計		地区疾病金庫		企業疾病金庫		同業者疾病金庫		職員代替金庫			
	被保険者数	増減	被保険者数	増減	被保険者数	増減	被保険者数	増減	被保険者数	増減	被保険者数	増減
1993	72,165		30,979		8,127		3,949		24,679		6,829	
1994	71,710	▲455	30,562	▲417	7,924	▲203	4,100	151	24,781	102	6,934	105
1995	71,886	176	30,418	▲144	7,836	▲88	4,282	182	25,059	278	6,945	11
1996	72,132	246	29,951	▲467	7,868	32	4,382	100	25,657	598	6,977	32
1997	71,601	▲531	28,847	▲1,104	8,151	283	4,505	123	25,784	127	7,065	88
1998	71,315	▲286	28,345	▲502	8,461	310	4,573	68	25,604	▲180	7,206	141
1999	71,350	35	27,873	▲472	9,235	774	4,662	89	25,269	▲335	7,356	150
2000	71,261	▲89	27,280	▲593	10,623	1,388	4,610	▲52	24,754	▲515	7,494	138
2001	70,995	▲266	26,405	▲875	12,306	1,683	4,494	▲116	23,883	▲871	7,710	216
2002	70,783	▲212	25,911	▲494	13,260	954	4,431	▲63	23,325	▲558	7,924	214
2003	70,454	▲329	25,541	▲370	14,353	1,093	4,414	▲17	22,302	▲1,023	8,110	186
2004	70,271	▲183	25,288	▲253	14,740	387	4,472	58	21,857	▲445	8,260	150

(注) 公的医療保険は97年までは各年10月1日現在、98年以降は年間平均で、民間医療保険は各年末現在である。

(出所) 連邦保健省および民間医療保険協会資料より作成。

表4 成長率（1995年対1999年）による疾病金庫の分類

疾病金庫の成長率		疾病金庫の数(3)	うち企業疾病金庫（BKK） の割合(4)	被保険者数（1999年）(5)
範囲(1)	平均(2)			
20倍超	72.1	8	100%	421,820
10倍超20倍以下	13.8	9	100%	127,035
5倍超10倍以下	8.3	13	100%	283,801
2倍超5倍以下	3.3	34	91%	764,652
1倍超2倍以下	1.1	284	86%	19,767,546
1倍以下	0.9	111	75%	48,355,804
調査対象合計		459	85%	69,720,658

(注) (1)(2)成長率とは1995年に対する1999年の被保険者数をいう。

(3)(4)(5)2000年7月1日の合併状況に基づく。東西両域を対象とする疾病金庫は2つに数えている。

(出所) IGES/Cassel/Wasem 最終報告書 S.35。

この両者に対して、この間の疾病金庫の勝者となったのが企業疾病金庫である。その中心は、全国に事務所を持っていた小規模の事業所を母体に設立された企業疾病金庫で、これが低い保険料率を武器に、保険料負担に敏感な、主に若くて健康で所得の高い高学歴層にねらいを定めて集中的に被保険者の獲得を行い、その結果、このようなローリスク層が次々と移動してきたために生じたものである。規模の小さなこのような企業疾病金庫の90年代後半の急激な膨張ぶりは、表4から明らかに見て取れ、また、この

問題を分析したLauterbach/Wille（2001）によれば、このような移動者についてはリスク構造調整による標準化医療費の約半分の医療費しか実際にかかっておらず、670のセルを用いた世界一精緻と言われるドイツのリスク構造調整をもってしても、同一リスク・グループ内でおお積極的リスク選択や被保険者による積極的な逆選択を許す余地もっていることが指摘された。このため、これを放置することは、連帯下の競争という基本枠組を崩壊させる恐れがあることが認識され、ここに改めてリスク選択という、

規制下での競争という枠組みのもつ弱点が顕在化し、このようなリスク選択を防ぐことができる適切なリスク指標の開発と、それまでの間、

規制によるモラトリアム措置がとられることとなった。

V. 2001年のリスク構造調整改革法とその後の展開

V-1. 2001年のリスク構造調整に関する専門家の鑑定意見書

上記のように、90年代終盤になって顕著になってきたリスク選択という制度の弱点の顕在化と企業疾病金庫の一人勝ち状態は、制度の正当性と持続可能性に深刻な問題を投げかけた。このため、連邦保健省は2000年5月に保健・社会調査研究所（IGES、代表研究者：JacobsおよびReschke）、Cassel教授およびWasem教授に対して、リスク構造調整制度に関する鑑定調査を委託した。またほぼ同じ時期に、企業疾病金庫を除く各疾病金庫連合会（職員代替金庫連合会、労働者代替金庫連合会、連邦地区疾病金庫連合会および連邦同業者疾病金庫連合会）はLauterbach教授およびWille教授に鑑定調査を委託し、両専門家グループからの最終報告書が2001年2月に提出、公表された。

IGES/Cassel/Wasem報告書は、まず制度導入後のその効果について分析し、保険者の責めに帰さない構造的なリスク格差による収支両面にわたる財政格差が是正され、著しい保険料率の格差も大幅に縮減したこと、また永年の懸案だった疾病金庫の合併再編と合理化の促進、疾病金庫の顧客サービスやマネジメントの改善など、多くの点で効果を上げたことを肯定的に評価し、連帯下の競争を本来の運営の効率化と医療サービスの質の向上につなげていく上でリスク構造調整は不可欠の仕組みだと位置づけた。

その上で、近年新たに生じている事態について、その原因はリスク指標に用いている性別、年齢別という間接的な疾病リスク指標が十分に疾病リスクを反映しきれていないため、同じリスクグループに属する者の中でそのセルに充て

られた標準化医療費よりもリスクの低い者を対象としたリスク選択が生じている結果だとして、中期的にこれをより正確に反映できる有病率指標を導入することとし、そのためのデータの収集やすでにアメリカやオランダで一部開発されているモデルの検証などを行った上で2007年1月1日から全面的に導入することを提案した。さらに、それまでの間、すでに生じているリスク選択の是正措置として、そして新指標に切り替えた後は対象をさらに限定した上で外れ値に対応する措置として、一定の限度額を超えた高額医療費の一定割合を財政調整するリスク・プールの導入を提案した。

これに対してLauterbach/Wille報告書は、同じく連帯下の競争を有効に機能させる上でのリスク構造調整の必要性を肯定した上で、2つの是正措置を提案した。1つは、疾病金庫を移動した者（Wechsler）に着目した新たな調整指標の導入で、調査を委託した疾病金庫から提供された実際の個別被保険者データの分析を下に、移動者は移動しなかった者と比較すると、若くて健康で所得が高く、また高学歴のものが多く、これに実際に給付された費用は現行のリスク指標の下で調整される標準化給付費よりも大幅に少なく、この部分で大きなリスク選択が生じていることを明らかにし、その是正のために移動者という指標での新たなリスク指標の導入を主張した。

この移動者に着目したリスク調整の提案については、調査結果が地区疾病金庫や代替金庫などの縮小傾向にある疾病金庫に偏っていること、時系列データで観察すると必ずしも若くて健康な被保険者だけではなく高齢者の移動なども生

じていることなどの反論が行われた（Andersen (2002)）。また、理論的にも保険者選択制の下で若くて健康な者だけが移動するという説明は困難であることや、同じく慢性疾患を有するハイリスクな被保険者について、それが移動者か否かでリスク調整が異なってくるのは論理的にもおかしいこと、さらには実務的な観点から、移動者という指標で被保険者を追いかけるのは困難であることや疾病金庫による操作に対する耐性が弱いなどの批判が行われ、法案には採用されなかった。

第2の提案は、慢性疾患患者に対する疾病管理プログラム（Disease Management Program : DMP）の導入を図り、これに任意で登録した被保険者については、特別なリスク構造調整の対象とする提案である。これにより、望ましい保険者機能として被保険者への医療機関横断的なサービスを提供する疾病金庫が財政的に不利になる仕組みを改め、よりよい統合的な医療サービスへのインセンティブを高めようとするものである。

V-2. 2001年リスク構造調整改革法の内容

両報告書の提出が出そろった段階で、連邦保健省はまず当面のリスク選択による被保険者の雪崩的な移動とそれによる疾病金庫間格差の拡大という悪循環を止めるため、疾病金庫選択権新規則法を7月に成立させ、緊急の措置を講じた。具体的には、被保険者の移動を2001年については凍結するとともに、従来の選択申出期間が毎年1回、9月とされ、この時期にマスメディアが各疾病金庫の保険料率の比較一覧表を報じるなど、移動をことさらにあおり競争が過熱するため、疾病金庫の移動は年間を通していつでも申出によってできるように改めるとともに、従来は選択後の拘束期間が1年間であったのを1年半に延長し、移動の頻度を緩和する措置を講じた。

このような措置を講じた上で、IGES/Cassel/Wasem 報告書の提案内容を基本とし、これにLauterbach/Wille 報告書の提案のうちの疾病管

理プログラムをリスク構造調整にリンクさせる内容を加味し、「公的医療保険におけるリスク構造調整の改革に関する法律案」(BT-Drucksache14/7123)として連邦議会に提出した。この法案に対しては、野党は反対したが、2001年11月にリスク・プールの要件と実施時期について一部修正の上で可決され、2002年1月から施行された。その主な内容は次の3点であるが、これ以外にも、オープン型の企業疾病金庫と同業者疾病金庫の新設を新たな有病率リスク指標の導入予定の2007年1月1日までは暫定的に禁止するなど、過熱する競争を一時的に冷却するための措置が講じられた。

(1) 有病率リスク指標の導入

法律では、従来の客観的ではあるが必ずしも疾病リスクを的確に反映しないリスク指標に代えて、直接的な有病率を指標とする新たなリスク指標の導入を2007年から導入することとし、その開発に向けてデータの収集、海外の先行研究の調査とドイツの事情への適合性の検討などのタイムスケジュールを定めた。そして、連邦保健省に対し、直接的な有病率指標のリスク構造調整のための適切なリスクグループの形成、ウェイト付けの要素および分類指標の選択のための専門家による調査を委託することを義務づけた。

この規定に基づき、連邦保健省は、2002年3月1日、IGES 研究所に対しLauterbach 教授およびWasem 教授との共同での調査を委託し、この専門家グループは同年11月4日の中間報告を経て2004年7月に最終報告書を提出した。

その中では、世界ですでに開発されている疾病リスク予測モデルを渉猟し、アメリカとオランダの18のモデルについて、まず、理論的な検証を行い、

- ・リスク選択への誘因の軽減
- ・サービスの質と経済性への誘因の増大
- ・手続きの実務可能性とコントロール可能性という判断基準に照らしてそれぞれのモデルの精査を行った。そして、特定の医療分野（入院、

表5 比較検討対象となった6つのモデルの一覧

モデル	正式名称	開発機関	開発者	タイプ
ACG, ACG-PM	Adjusted Clinical Groups, Adjusted Clinical Groups Predictive Model	Johns-Hopkins 大学	Starfield Weiner Anderson	セルモデル 米で多くの運用実績有
CDPS	Chronic Illness and Disability Payment System	California 大学	Kronick Gilmer Dreifuss Lee	加算モデル 米でメディケイド用に開発, 運用
HCC	Hierarchical Condition Categories	Boston 大学, DxCG 株式会社	Ash Ellis Pope et al.	加算モデル メディケア HMO で運用
RxGroups+IPHCC	RxGroups + Inpatient Hierarchical Condition Categories	同上	同上 Zhao	加算モデル HCCの系列でRxGroups(薬剤群)は就業者用
PCG+DCG	Pharmacy-based Cost Groups + Diagnostic Costs Groups	Rotterdam 大学 (オランダ)	Lamers Van Vliet	セルモデル オランダのリスク構造調整で運用実績有

薬剤など)に限定されたものや、特定の人口階層(高齢者、就業者など)に偏っていて国民の9割をカバーするドイツの公的医療保険への代表性に欠けるものなどを除外し、これに合うモデルとして表5の6つのモデル選択し、そのそれぞれについて、法律に基づき各疾病金庫や保険医協会から提出された2001年および2002年の約200万件(抽出率3%)の被保険者データを用いて実証的な比較検討を行った。

この6つのモデルを用いて個人レベルおよび集団レベルでの医療費支出に関する予測力に関する比較検討を行った結果、ボストン大学グループが開発しDxCG株式会社がライセンスを有するRxGroups+IPHCCモデルが最適であるとして、法律に規定された2007年初からの採用を推奨した。ドイツの実績データを用いての検証の結果、このモデルは、個人レベルでの従属変数である医療費支出のヴァリエーションを説明するR²値が24%と、医療費予測に関してアメリカで達成された上限値に近い精度が得られ

た。また、グループレベルでの予測値(Predictive Ratio)に関しても、このモデルはすべての重要な疾患に関して1.0に極めて近い値を示した。

なお、従来の障害年金の受給の有無は有病率指標の導入によってその調整に果たす重要性は減ずるものの、なおリスク指標として有用であり、また、性別および年齢別指標についても、有病率指標は現に疾患を患ったり薬剤を服用している被保険者についての予測力しかないもので、これ以外の多くの被保険者のリスク指標としてはなお有効であるため、これらは今後とも基礎指標として用い、その平均値を超える疾病リスクを有病率指標によって加算モデルとして併用することを推奨している。

このモデルを用いた財政効果の予測によると、疾病金庫の成長率による分類では、縮減傾向の疾病金庫では平均保険料率を0.3%分ほど引き下げ、逆に拡張傾向の疾病金庫では0.4%から0.8%まで、その成長率が高いほど平均保険料

表6 各疾病金庫種類別のリスク・プールの財政効果（2003年）

	受取／拠出額 (百万ユーロ)	ネットの効果 (百万ユーロ)	保険料率への 影響 (%)
地区疾病金庫	+565.2	+36.7	-0.01
企業疾病金庫	-445.1	-74.6	0.03
連邦鉱山夫組合	+47.8	-17.7	0.09
職員代替金庫	-129.9	+79.0	-0.02
労働者代替金庫	-21.1	-0.8	0.00
同業者疾病金庫	-16.5	-21.3	0.04
船員金庫	-0.4	-1.3	0.11

(出所) 連邦保険庁資料。

率を引き上げる効果を有している。また、疾病金庫の種類別で見ると、地区疾病金庫は0.5%と大幅な引き下げの、逆に企業疾病金庫は0.6%と大幅な引き上げの効果が見込まれる。そして、これだけの大幅な保険料率の変動をもたらす移転額は、企業疾病金庫に約12億ユーロと、現在の拠出額の倍近い追加拠出を求めることになる。これは2001年時点での推計額で、その後の金庫間の合併や被保険者構造の変化もあるため直ちに2007年時点での負担額とは言い切れないにしても、深刻な負担の増減をもたらすことは間違いない。

(2) リスク・プールの創設

各保険者に生じた一定の高額な支出を事後的に財政調整の対象とするリスク・シェアリングの手法は、各保険者の効率性へのインセンティブを損なうという欠点があるものの、有病率によるリスク指標が導入されるまでの間、慢性疾患患者を多く抱える財政窮迫金庫の負担を調整するために、リスク・プール制度が導入された。当初の専門家グループの提案は足切額9,750ユーロでこれを超える額の80%をコスト・シェアリングの対象とするというものだったが、企業疾病金庫の反対に配慮し、政治的な妥協により足切額は20,450ユーロに引き上げられた上で、コスト・シェアリング率は60%と削減され

て、2002年から導入された。

その財政効果は表6のとおりで、各疾病金庫からの受取／支払総額は2003年で約6億ユーロという規模であるが、各疾病金庫の種類別にそのネットの収支を見ると極めて小さな効果にとどまっている。

これは各疾病金庫のグループ自体がすでに大きなリスク集団を形成し、その内部での再保険機能がすでに実現されているためである。したがって、個別の疾病金庫で見ると保険料率の変動はあるが、グループ全体としてみると保険料率への効果もマージナルなものにとどまっている。このように、この制度の運用にかかる事務コストに見合うだけの財政効果がみられないこと、さらには、有病率指標を採用すれば、このような慢性疾患患者を中心とした高額医療費の相当部分はリスク構造調整により調整されることもあり、2004年の専門家グループの鑑定意見書では、有病率リスク指標の導入に合わせてこれを廃止することを提言している。

(3) 疾病管理プログラムの導入とリスク構造調整への反映

近年、慢性疾患に対しては、病院と診療所、専門医と家庭医などが連携して医療機関横断的に疾病管理プログラムを立てて治療を進めることが有効であり必要とされてきているが、ドイ

ツでは医療機関がそれぞれ分立し、バラバラに治療を行っていて疾病管理プログラムはほとんど普及しなかった。患者の立場を代弁すべき保険者にしても、被保険者のために効果的なプログラムを開発、コーディネートしても、それが評判になって医療リスクの高い慢性疾患患者が移動してくると、財政的には却って苦しくなるため、積極的に取り組むインセンティブが働かない仕組みになっていた。

このため、保険者間競争がその本来の目的である、より良い医療サービスをめぐる競争として有効に機能させるために、Lauterbach/Wille報告でこのような疾病管理プログラムに登録した被保険者について、その医療給付費をリスク構造調整の対象とすることが提案され、法律に盛り込まれた。

具体的には、連邦保険医・疾病金庫委員会に設けられている調整委員会が、次の指標に照らして治療経過と慢性疾患の医療サービスの質の改善の必要がある疾患として7つまでを選択することとされた。

[疾病管理プログラムを策定する対象疾患の選定基準]

- ・罹患している被保険者の数
- ・医療サービスの質の改善の可能性
- ・EBMに基づくガイドライン作成の可能性
- ・分野横断的な治療の必要性
- ・被保険者自身のイニシアティブにより疾病の経過に影響を及ぼす可能性
- ・治療のための高額な財政支出

法案提出時の政府の説明によれば、対象疾患の候補としては、糖尿病Ⅰ型・Ⅱ型、喘息、高血圧症、心不全、冠動脈心疾患、乳がん、脳卒中が挙げられていた（BT-Drucksache14/7123, S.13, Lauterbach/Wille（2001）S.154-S.158）。

手続きとしては、この専門家委員会を対象となる疾患名とプログラム作成上必要な要件を連邦保健省に勧告し、これに基づいて連邦保健省が規則を制定する。そして、個別のプログラムは各疾病金庫ごとに作成して連邦保険庁に申請

し、このガイドラインにしたがって審査の上、適切であれば認可される。各被保険者がその加入先の疾病金庫の疾病管理プログラムに登録するかどうかは任意で、登録した被保険者についてのみ、一般的なリスク構造調整とは別に疾病ごとの平均的な医療給付費を用いて財政調整の対象とされる。

疾病管理プログラムは、慢性疾患に対して医療機関横断的に最新のエビデンスに基づく治療プログラムを作成し、統一的な治療方針の下で、適切な患者教育も含め、患者の主体的な参加と生活行動の変容を促していくもので、有効性と必要性それ自体にはだれも異論を唱える余地はない。しかし、この仕組みは、とりわけ慢性疾患患者の多くが加入する地区疾病金庫の財政状態の改善をねらうもので、リスク構造調整の対象とすることによって、保険者が財政的な誘因を背景に医療サービスのあり方自体に直接介入してくることにに対して医療機関側は強く反発し、その実際の運用は必ずしもスムーズには進まなかった。さらに疾病金庫にとっても、それぞれが一つ一つのプログラムごとに膨大な資料を連邦保険庁に持ち込んで認可を受けなければならないという事務の煩雑さも強く批判された。

このようなさまざまな課題を抱えつつも、徐々に具体的な作業は進行し、2002年7月には糖尿病Ⅱ型と乳がんの2疾患が、その後さらに冠動脈心疾患が指定された。また被保険者の登録も徐々に増え、2003年の調整手続においては、糖尿病Ⅱ型についてはすべての州で合計134,369人が、乳がんについてはノルトライン・ヴェストファレン州においてのみ2,536人が登録した。そして疾病金庫は、1人につき糖尿病Ⅱ型は3,877ユーロ、乳がんは5,198ユーロを受け取った。これはもしもこの仕組みがなくて一般的なリスク構造調整だけであれば、それぞれ3,214ユーロと2,596ユーロを受け取るにとどまるところだった。しかし、登録者がわずかにとどまるため、財政効果としては微々たるものにとどまった。もっとも、2004年には糖尿病が982,000人、乳がんが50,000人、さらには冠動

脈心疾患の患者の登録も予定されるので、財政効果もより高いものになるものと見込まれている（Goepffarth（2005））。

2004年の専門家グループの鑑定意見書では、疾病管理プログラム自体は今後とも大いに促進すべきものとして評価し、ただし現在の煩雑なプログラムの認可手続きは廃止し、財政調整の上では治療費はこれから除外し、事務管理経費だけを包括払いで引き続き補助することを提案している。

V-3. リスク平準化の新たな現象

リスク選択と競争力格差の拡大を背景に、これを防ぎ連帯下の競争の理念を維持する可能性を賭けて有病率指標への切り替えが法律上打ち出され、それに向けての専門家による調査分析も進んできたが、この2～3年の間に、このような政策を推し進めた状況に大きな変化が生じてきた。それは、このまま加速度的に被保険者獲得を進めると思われた成長力の旺盛な新規の小規模な企業疾病金庫を中心に、急速に負債が増加し、これを返済するために保険料率の引き上げを行わざるを得なくなり、それによって競争力を失うものが続出するという現象が顕著になってきたのである。

このような保険者の規模が拡大する過程での、Welch（1985）のいう、“regression towards the mean”はすでに知られていたところで、例えば、Beck/Zweifel はスイスの事例から長期的に見れば、いわゆる「悪い」リスクの50%は「いい」リスクに転じ、逆に「いい」リスクの20%は「悪い」リスクに転じることを実証している。また、一般的にも、被保険者の加入が増加したり合併により規模が拡大する過程ではリスク・ミックスが生じ、ローリスク者だけの積極的なリスク選択は困難になることもよく知られている。さらに、ドイツにおける加入先の疾病金庫を移動

した者に係る1999年から2001年までのリスク・プロフィールの変化を実証分析した Andersen（2002）によれば、移動者はいったん疾病にかかる平均以上の医療給付を請求する傾向（モラル・ハザード）が見られると主張している。

ドイツにおいて最近生じているこのような新たな現象は、これ以外にも、リスク構造調整による拠出金の負担にタイムラグがあり予測が困難な面があることや、新規のオープン型の企業疾病金庫の設立が禁止されたことなど、さまざまな要因が関与している可能性があり、リスク構造調整に求められる精度と費用対効果のあり方を考えるとき、その実態の解明は重要な意味を持ち、今後の実証分析が急がれるが、いずれにせよ、現に生じたこの新たな現象は、リスク選択の問題への社会の関心を急速に冷まし、数年前の騒ぎが嘘のように静まって、新たなリスク指標への切り替えに連帯下の競争という基本理念の存続の活路を求める切実な声は急速に弱くなってきている。

とはいえ、2007年初からの導入を義務づける法律の規定は厳然と存在しており、専門家グループの鑑定意見書も提出されて、これを推進する動きは残っている。このような状況下で、2005年9月の総選挙の結果、大連立政権が誕生したことにより、これまで医療保険政策に関しても相対立する政策を主張してきた各党が今後どのような妥協を図っていくのか、極めて不透明な状況になってきた。もともとリスク構造調整は関係者の利害が真っ向から対立する仕組みであるのに加えて、このような複雑な状況が現出しているため、今後、法律で定められたタイムスケジュールに沿って新たなリスク指標の導入に思い切って踏み出すか、あるいは従来の制度の微調整で当面様子を見守ることになるのか、微妙な情勢になってきており、その当否を評価するにはなお今後の展開を見守る必要がある。

VI. 民間医療保険への規制強化と公的医療保険との収斂化現象

保険者間競争を促進する過程では、これまで見てきたようにリスク選択と疾病金庫間の競争力格差の拡大が深刻な課題として浮上してきたが、これと並んで顕著になってきたのが、公的医療保険と代替的な存在として長らくドイツの医療保険の一翼を担ってきた民間医療保険との制度間矛盾である。

冒頭で見たように、ドイツの公的医療保険は皆保険政策を採用せず、その強制加入から除外されている官吏、自営業者、高収入の被用者層など、国民の1割前後を対象として代替的な完全保険を提供する民間医療保険市場が存在している。この両者の競争と共存、棲み分けは緊張を孕んだもので、社会民主党が政権についた60年代末から70年代にかけての時期には農業者や学生、芸術家・ジャーナリストなど、一定の職種の小売業者に強制加入の範囲を拡大し、70年代前半の5年間だけで民間医療保険は加入者数が576万人から418万人へとその1/3を失い、存亡の危機に瀕した。また被用者の強制加入上限収入額の水準をめぐっても常に緊張関係が続いていたが、71年にこれを公的年金の保険料算定上限収入額の3/4とするルールが確立され、以来、この分岐点が両者の「和平ライン (Friedenslinie)」として長く維持されてきた。

しかしながら、80年代末からの医療費の増大とこれに対応するための相次ぐ公的医療保険改革は、両者の基本ルールの違いから生じる問題を顕在化させ、矛盾を拡大してきており、両者の平和的共存という基本構造自体が揺るがされる状況に立ち至っている。

VI-1. 民間保険と公的医療保険の間での加入者の逆選択の防止

もともと公的医療保険は法律に基づく強制加入により担保されているため、そこではリスク

見合いの保険料ではなく、むしろ一般的にリスクの高低とは逆転して応能負担の原則により収入に比例した保険料負担のルールが採用されている。他方で、民間医療保険は契約に基づくものである以上、給付・反対給付均等の原則は鉄則であり、加入者のリスクに見合った保険料が求められる。このように全く異なる原理で運営される2つの制度が並立し、両者の間を選択により移動できる場合には当然ながら被保険者による逆選択が生じ得る。典型的には、若くて健康で被扶養家族がおらず収入が高い時期には民間医療保険に加入し、高齢になって疾病リスクが高まり家族も増えてきたら連帯原則で本人だけの収入比例の保険料で加入できる公的医療保険に移動するのが被保険者としては最も合理的である。しかし、このような被保険者の逆選択を自由に許すことは、社会的公平に適わず、それまでその集団に何らの貢献をしてこなかった者が他の連帯の構成員の負担にタダ乗りすることは連帯の財政負担を高め、容認できない。実際にも、公的医療保険内部における高齢者(年金受給者)の収支バランスを見ると、一般の被保険者と同じ料率で保険料を負担していても、自分たちの保険料で賄えるのは医療給付費の49.9%(2004年実績)に過ぎず、残りは一般被保険者の保険料収入による負担に依存している。このため、若いときに民間医療保険を選択した者が高齢期になって公的医療保険に任意加入することを防ぐための規定が整備され、強化されてきた。

まず、89年のGRG法により、就業を開始してから年金申請を行うまでの期間のうち後半の期間の9/10以上が公的医療保険の本人か家族被保険者であった場合でなければ、公的医療保険への加入は認められないこととされた。さらに、93年のGSG法によりこの9/10以上の期

表7 スタンダード・タリフの加入者数の年次推移（1998—2004）

（単位：人、いずれも各年末現在）

年	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
加入者数	1,161	1,407	3,024	6,507	7,919	10,997	15,110

（出所）民間医療保険協会 Zahlenbericht 各年より作成。

間は公的医療保険の強制加入被保険者かその家族被保険者でなければならず、任意加入の期間はその対象に含まれないこととされた。さらに2000年の医療保険改革法により、55歳以降の新たな公的医療保険への強制加入については、その直近の5年間のうちに1度も公的医療保険に加入したことがないか、加入していてもその半分以上が任意加入であった場合には、強制加入の対象としない旨の規定が設けられた。これらの改正の結果、高齢期になってから公的医療保険に移る途はほぼ完全に断たれたため、同じ改正法により、保険監督法が改正され、民間医療保険会社に対して、その加入者に対し、若いときに民間医療保険に加入した場合には高齢期になってからの公的医療保険への加入は原則としてできない旨の教示を行うことが義務づけられるとともに、民間医療保険会社に対して、次に述べるスタンダード・タリフの提供が義務づけられることとなった。

VI-2. 民間保険の高齢期の医療保障への規制強化：スタンダード・タリフの導入・拡大

契約に基づく民間医療保険では積立方式による平準保険料が採用されているが、疾病リスクが高くなる高齢期には保険料率が支払えないくらいに高くなったり、場合によれば加入を拒否されたりする事態が生じ、社会的にも問題になっていた。このため、高齢期の被保険者の逆選択による公的医療保険への移動を阻止する一方で、民間医療保険を選択した者は高齢期になっても終生その中で医療を受けられるように法的に保障する必要が生じた。このため、93年のGSG法により、65歳以上の高齢者に対して、公的医療保険の最高保険料水準、つまり保険料

算定上限収入額に全疾病金庫の平均保険料率を乗じた額を超えない範囲の保険料により公的医療保険と同等の内容の給付を保障する「スタンダード・タリフ（標準約款）」の提供が義務づけられた。その法形式としては、直接的に保険監督法による義務づけではなく、任意加入者が民間医療保険を選択した場合に事業主から保険料折半負担相当額の補助が受けられる条件として社会法典第5編「医療保険」の中に規定されたものだが、この要件を満たさなければ保険料の補助は受けられず加入者の保険料負担が倍加するため、実質的には保険会社に対する直接規制と同等の強い効果を有するものだった。

その内容は、2000年の法改正によりさらに強化され、対象年齢が55歳以上に引き下げられたほか、夫婦の場合には合計で150%までに制限された。

スタンダード・タリフの内容は業界内で統一的なものであり、その開発は民間医療保険協会に委託されるとともに、これに要する費用については、各保険会社間でリスクが不公平にならないように同協会内に調整基金が設けられるなど、規制色の強いものとなっている。このように、スタンダード・タリフは、民間医療保険がいわばチェリー・ピッキング（いい所取り）の社会的批判に押されてしぶしぶ導入を受け入れたもので、各会社はその利用には消極的で、できるだけ自社の保険商品の中での乗り換えを推奨していたため、その利用は当初は極めて低調だった。しかしながら、民間医療保険の高齢期の保険料の高さが社会的にも関心を呼ぶにつれ、表7に見られるように、年を追うごとにその契約者は急増しており、その今後の推移は民間医療保険のあり方にも影響を及ぼすものと考えられる。

VI-3. 疾病金庫間競争による競争力の低下と民間医療保険への加入者の流出

すでに疾病金庫間競争の推移のところでも触れたが、疾病金庫間の競争条件の公平化のためにリスク構造調整が導入されたことにより、それまで職員の加入先の有利な選択肢として高い社会的ステイタスと低い保険料率を誇ってきた職員代替金庫の抛出が増加し、それに伴って保険料の引き上げが生じた。このような、いわば公的医療保険内部での競争の促進の結果、従来任意加入者をめぐって民間医療保険と競争してきた職員代替金庫が技術者疾病金庫を除いて軒並み競争力を失い、その結果、任意加入者の民間医療保険への流出が続いている（表3および表1）。この傾向を抑止するために、2002年の法改正により、2003年からは保険料算定上限収入額は前年の基準に賃金上昇率を乗じたものにとどめられたのに対して、保険加入義務上限収入額は年金の財政対策のための保険料算定上限収入額の大幅な引き上げに連動して、前年の月額3,375ユーロから3,825ユーロへと一気に13.3%もの大幅な引き上げが行われ、ここに歴史上初めて両者は分離されることになった。しかしながら、このような改正にもかかわらず、企業疾病金庫への移動がこの2～3年落ち着いてきているのに比べ、民間保険への流出はなお沈静化の様子は見られず、この傾向が今後とも続くようであれば改めて公・民二分の制度体系の妥当性そのものが問われることとなろう。

VI-4. 民間医療保険への規制強化と公的医療保険との収斂化現象

以上見てきたように、公的医療保険との条件の相違によってライフサイクルに応じた不当な逆選択が生じたり、高齢期の民間医療保険における保障が欠けることのないように、この間、民間医療保険に対する規制が強化されてきている。加えて、民間医療保険では、積立方式によ

り、高齢期の医療需要の増大に備えて老齢積立金の積立てを義務づけているが、これが加入者の個人別に管理されていないとして、保険会社は加入先を変更する際にそれまでの老齢積立金の返戻は拒否している。これが事実上、中途での保険会社の変更を困難にし、保険会社間の競争を著しく阻害しているとして強く批判されている。とりわけ公的医療保険において保険者選択制が全面的に導入されたことにより、改めて本来の市場競争が働くべき民間医療保険市場における競争阻害要因としてクローズアップされている。しかし、特に古くからの加入者を抱える歴史の古い保険会社については、老齢積立金がこの間の医療費の高騰や平均余命の伸長に対応できていないとされており、強い批判にもかかわらず、民間医療保険サイドは返戻について拒否の態度を崩していない。

このように本来法律により規制されていた公的医療保険の分野には全面的な保険者間競争が導入され競争が激化する一方で、本来民間企業の自由競争により規律されるべき民間医療保険の分野では中途での保険会社の移動が事実上困難で競争がないこと、さらには高齢期にも医療保障が行われるようにスタンダード・タリフの提供が義務づけられるという、それぞれの本来の原理とは逆方向の改革が加えられてきており、結果的に両者の収斂化現象が見られるに至っている。このため、VI-3で述べた両者の競争条件の相違による民間医療保険への加入者の流出が止まらない限り、早晚、両者の競合的併存という大きな枠組みは正当性を失い、すでにオランダで同様の傾向が見られるように、民間保険会社にも疾病金庫と同じく保険引き受け義務を課し、リスク構造調整の対象に加えた上で、保険者選択制の競争下に置くべし、とする主張が勢いを増すものと考えられ、共存の長い歴史を有する民間医療保険サイドの対応が注目される。

Ⅶ. 制度の抜本的再編成に向けた2つの逆方向の提案と今後の動向

以上、ドイツにおけるここ10年余りの保険者間競争の促進により医療費の効率化と医療サービスの質の向上を実現しようとする新たな理念と政策枠組みの成果と課題を分析してきた。これが今後どの方向に行くのか—これまでの実績をふまえその弱点や課題の克服に向けてさらに精緻な有病率指標のリスク構造調整や医療機関との直接契約制など競争促進の方向に行くのか、あるいはこれまでの実践から明らかになってきた基本的な理念と制度枠組みの限界を見取って一度ここで立ち止まり、その基本的な理念にさかのぼってその妥当性を再考することになるのか—については、なお今後の議論の動きを見る必要があるが、基本的に連帯下の競争という基本理念自体が見直される可能性は少ないものと考えられる。

しかしながら、ドイツが大きく歩を踏み出した「疾病リスク」をめぐる「連帯」下の「競争」というパラダイムは、その根底においてこの2つの原理の激しい相克と緊張関係を抱えたものであり、以上さまざま角度から分析してきたように、「競争」の奔流は永年にわたって医療保障を支えてきた「連帯」の土俵そのものまで突き崩し、これまでの制度の基本枠組の中でのバランスの維持はもはや限界に近づいてきている。そして、このような動きの延長で、それぞれの理念のより徹底した姿を求めて、立場に応じて逆方向の2つの抜本改革案が提案されるに至っている。

一つは社会民主党と緑の党が主張するもので、これまでの公・民の二元的な枠組みを廃止し、官吏や自営業も含め、すべての国民を公的な医療保険の下に強制加入させ、その保険料負担も給与だけでなく、広く利子や配当金などの資産所得も対象とすべきというもので、国民保険(Bürgerversicherung)と呼ばれている。保険者

については民間医療保険会社にも保険引き受け義務を課し、疾病金庫と同様にリスク構造調整の対象に加えた上で疾病金庫と並んで競争させる。

もう一つの提案は、Rürup教授らの主張するもので、医療保険から所得再分配の機能を除去してこれは税の機能に移し、医療保険はリスク分散の機能に純化し、個人の人頭保険料(Kopfpauschale)によることとして、事業主の保険料負担を軽減し、低所得者の部分は税の投入によりカバーしようとする提案である。経済五賢人会議もその採用を勧告するなど、経済学者の間には支持者が多く、キリスト教民主/社会同盟も、内部に強い異論を抱えつつ、基本的にこの方向を支持している。

このように、両者とも、現在の微妙なバランスの上に成り立ってきた基本的な枠組みを根本的に変えようとするものであるが、国民保険については、民間医療保険にとっては存廃にかかわる提案であり、基本法(憲法)秩序やEU法における問題も含めて、その実現は容易ではない。

他方で、人頭保険料の提案も、スイスやオランダですでにこの制度が一部導入されているとはいえ、これが低所得者層の大幅な負担増と高所得者層の大幅な負担軽減につながり逆進性が強いことは明白であり、さらには負担できない低所得者層の部分に投入する税も巨額に上り、これまで医療保険には全くといっていいほど税財源の投入を行ってこなかったドイツにとって、また、財政赤字に苦しむ現下の財政状況の下で、容易に実現できる現実性も乏しい。

このいずれの方向に向けて政治が踏み出すかは、いずれにせよ連邦議会総選挙の選挙結果次第とされてきたが、2005年9月に1年前倒しで実施された連邦議会総選挙の結果、与野党とも

過半数を獲得できず、66-69年以来となるキリスト教民主／社会同盟と社会民主党の大連立政権が誕生し、わずか4票差で第1党に復帰した野党キリスト教民主／社会同盟のメルケル女史が首相に就任したが、他方で、この問題の所管である連邦保健相にはこの間の医療保険改革を推進してきた社会民主党のウラ・シュミット女史が引き続き留任することになった。このため、今後の医療保険改革のゆくえの予測は極めて困難になってきたが、抜本改革についての両者の提案は全く逆方向を向くものであり、大連立政権が続く限り、いずれかの方向に大きく踏み出すことは困難であろうと予想される。

翻って、日本のこの間の医療保険をめぐる状況を見ると、この20年あまりの改正がほぼ一貫して患者一部負担の引き上げと診療報酬改正を通じた医療費内部の配分調整による政策誘導という使い古された手法の繰り返しに終始し、世界のこの分野の激しい革新の動きから一人取り残されてあたかも泥舟が少しずつ沈んでいくのを座して待っているかのような状況を省みるにつけ、筆者はドイツや各国の冒険とも思える意欲的な改革へのチャレンジには正直心動かされるものがある。

リスク構造調整とセットでの保険者選択制は、学問的にも政策的にも刺激に満ちた興味深いモデルであり、日本でもオランダのシステムを参考にした管理競争の意欲的な政策提案が行われる（佐藤（2005）など、徐々にこの方向での

改革論議も始まっているが、社会連帯の基盤を持っていたドイツで現に生じているさまざまな問題を分析するにつけ、保険者間競争により医療費の効率化と質の向上を図ろうとする政策は競争的な医療保険市場を中心としたアメリカの発想の延長線上にあり、結果的に医療保障における連帯を弱め、国の医療市場全体でみると却って非効率と不公平を同時にもたらす結果に終わるのではないかと、という懸念も強い。それは、保険者間の相互不信と自分に得ない保険料だけを求めて移動を繰り返す加入者によって連帯感が希薄になる一方で、医療サービス面でのアウトカムの指標に何ら改善を示す兆候が見えず、しかも、効率性の指標である平均保険料率だけをとりとめても、10年前の12.53%から14.27%へと上昇を続けていることに端的に表れているといえるのではないかと思う。

そう考えると、むしろ医療保険のファイナンスの部分は公的セクターが明確に責任を持った上で、医療供給サイドを中心として、EBMに基づく医療標準の確立や養成研修システムの改善、在宅医療の重視、情報開示の強化、患者や患者団体のエンパワーメントと支援などのアプローチの方が医療サービスの質の改善と費用の効率化の双方に有効なのではないと思われる。

とはいえ、この対照的な両国の医療保険改革への取り組みがこれからどのような違いをもたらすのか、今後とも強い関心を持って注視していきたい。

参 考 文 献

- 佐藤主光（2005）「保険者機能と管理競争—ガバナンス改革の観点からの分析と提言」田近栄次・佐藤主光編『医療と介護の世代間格差 現状と改革』、283-310、東洋経済新報社。
- 田中耕太郎（2003）「リスク構造調整をめぐる動きと新たな医療費抑制策」『けんぽれん海外情報』No. 58, 17-23, 健康保険組合連合会。
- 田中耕太郎（2004）「ドイツにおける疾病金庫の統合再編」『健康保険』第58巻9号, 47-51, 10号, 60-65, 健康保険組合連合会。
- 田中耕太郎（2005）「公的医療保険と代替的民間医療保険の収斂化現象—ドイツの経験からみる代替的民間医療保険の可能性と限界」田近栄次・佐藤主光編『医療と介護の世代間格差 現状と改革』、261-282, 東洋経済新報社。
- 船橋光俊（1998）「ドイツ医療保険のリスク構造調整 93年構造改革の原理と課題」『社会

- 保険旬報』No.1994, 43-47, No.1995, 33-39, No.1996, 35-39, 社会保険旬報社.
- 松本勝明 (2003) 『ドイツ社会保障論 I—医療保険—』, 信山社.
- Anderson H H, Grabka M, Schwarze J (2002) “Wechslerprofile—Risikoprofile” *Arbeit und Sozialpolitik* 56 (7-8), 19-32.
- BT-Drucksache14/5681 (2001), *Bericht der Bundesregierung über die Untersuchungen zu den Wirkungen des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung*.
- BT-Drucksache14/7123 (2001), *Entwurf eines Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung*.
- Goepffarth D (2005) “Reforming Germany’s Risk Structure Equalisation Scheme—Taking Stock at the Halfway Point”, *Journal of Public Health* 13, 248-256.
- Jacobs K, Reschke P, Cassel D, Wasem J (2002) *Endbericht*, Nomos, Baden-Baden.
- Lauterbach K W, Wille E (2001) *Modell eines fairen Wettbewerb durch den Risikostrukturausgleich*, Mannheim Köln.
- Reschke P, Sehlen S, Schiffhorst G, Schröder W F, Lauterbach K W, Wasem J (2004), *Klassifikationsmodelle für Versicherte im Risikostrukturausgleich—Endbericht*, Bonn.
- Tanaka, K (2002) “Solidarität und der Wettbewerb in der Gesetzlichen Krankenversicherung—Von den Erfahrungen des Risikostrukturausgleichs in Deutschland” in Boecken W, Ruland F, Steinmeyer H D (Hrsg.) *Sozialrecht und Sozialpolitik in Deutschland und Europa*, Luchterhand, Neuwied, 709-718.
- Van de Ven W P M M, Ellis R P (2002) “Risk Adjustment in Competitive Health Plan Markets” in : Culyer A J, Newhouse J P (eds.) *Handbook of Health Economics*, Volume 1 A, North-Holland, Amsterdam etc. 755-845.
- Van de Ven W P M M, Van Vliet R C J A (1992) “How can we prevent cream skimming in a competitive health insurance market?” in : Zweifel P, Frech III H E (eds.) *Health Economics Worldwide*, New York, Kluwer Academic Publishers, 23-46.
- Welch, WP (1985) “Regression Toward the Mean in Medical Care Costs”, *Medical Care* 23, 1234-1241.